



Thema: Dappere Dokters

- Ab Klink over Dappere Dokters en de rol van verzekeraars
- Het SOLK spreekuur: een dapper alternatief voor de specialist?
- Prostaatkanker: Je kunt er maar beter niet te vroeg bij zijn
- Shared Decision Making: een kwestie van eerlijk delen

Colofon

HM is het Huisartsen Magazine van de afdeling huisartsgeneeskunde van VU medisch centrum. Het magazine komt uit in een oplage van ca. 1600 exemplaren en wordt verspreid onder alle externe contacten en contacten binnen VUmc.

Doel

HM beoogt de verschillende ontwikkelingen, onderzoeken en projecten die op dit moment actueel zijn in de huisartsenwereld over het voetlicht te brengen. Daarbij gaat zij te raden bij medewerkers die zich binnen VUmc op één of andere manier bezighouden met huisartsgeneeskunde, zoals medewerkers van de basisopleiding, de huisartsopleiding, het EMGO en de Universitaire Huisarts Praktijk. Op die manier tracht HM ook een verbindende schakel te zijn tussen onderwijs, onderzoek, academisch netwerk en het uitvoerend werk in de spreekkamer.

Redactie

Ruud van den Berg (*eindredactie*)

Valentina Blom (*fotografie en kopijverzameling*)

Loes Haan

Maaïke Muntinga

Ruud Stam

Odiel Wassenaar

Hans van der Wouden

Contactpersoon redactie

Valentina Blom

Tel. 020 - 4448201

E-mail v.blom@vumc.nl

Aan dit nummer werkten mee

Nettie Blankenstein

Joan Boeke

Ale Gercama

Marloes Gerrits

Henriëtte van der Horst

Ab Klink

Bart Meijman

Chris Rietmeijer

Pauline Slottje

Kittie Vreenegoor

Babette van der Zwaard

René Kleinveld (*kunstenaar van beeldjes op de omslag*)

Vormgeving

Joost van Ommen

Druk

Huisdrukkerij VUmc



Optimale zorg
in plaats van
maximale zorg

Door
Henriëtte van der Horst

Uit een rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) van juni 2014 blijkt dat steeds meer Nederlanders bereid zijn meer te betalen voor de gezondheidszorg: 77%, terwijl dat vorig jaar nog 66% was. Ze vinden dat de regering juist meer geld aan de zorg zou moeten uitgeven in plaats van minder. En dat terwijl minister Schippers succes lijkt te boeken met haar aanpak om bezuinigingen in de zorg te realiseren. De kosten stijgen minder snel dan verwacht en het in het regeringsakkoord afgesproken doel, een miljard bezuinigen in de zorg, lijkt gehaald te worden.

Volgens het CPB noemen mensen steeds vaker de gezondheidszorg als het belangrijkste maatschappelijke probleem en ze zijn, niet verwonderlijk, het meest bezorgd over de ouderenzorg. Wat mij betreft mag daar de jeugdzorg aan toegevoegd worden. De veranderingen die gaande en aanstaande zijn, roepen veel gefronste wenkbrauwen en zorgen op. De GGZ is met ingang van dit jaar ingrijpend veranderd, de ouderenzorg en de jeugdzorg gaan het komend jaar volledig op de schop. Vreemd toch dat een land dat het in internationale vergelijkingen altijd goed doet als het gaat om de kwaliteit van haar gezondheidszorgsysteem, bereid is om alles overhoop te halen om bezuinigingen te realiseren die het merendeel van de mensen niet wenst.

Ongeacht hoeveel we bereid zijn uit te geven voor de zorg, is het de vraag hoe we samen tot optimale zorg komen. Definiëren wat optimale zorg is blijft een continue uitdaging waar artsen, zorgverzekeraars en politici, maar ook de samenleving, voor staan. Dat optimale zorg niet gelijk staat aan maximale zorg, daar zijn de meesten het wel over eens. Maximale zorg heeft vaak veel ongewenst bijwerkingen en leidt lang niet altijd tot de gewenste uitkomsten. Dat is één van de aspecten die meegenomen moet worden in de recent gestarte discussie over het instellen van een vergoedingsplafond voor de behandeling van kanker: hoeveel mag een gewonnen levensjaar met redelijke levenskwaliteit kosten?

In dit nummer van HM buigen we ons over het thema optimale zorg en constateren dat voor optimale zorg dappere dokters, dappere patiënten en dappere zorgverzekeraars nodig zijn die met elkaar in gesprek gaan. Nu onze regering nog.

Henriëtte van der Horst

Hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde VUmc

Even voorstellen....
Pauline Slottje



Wat ga je in je nieuwe functie doen? Wat zijn je plannen?

Ik ga aan de slag als onderzoekscoördinator van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde (ANH) van VUmc. Ik ben van plan om onderzoek in het ANH te stimuleren, te initiëren en mogelijk te maken. En samen de ANH database verder te benutten en uit te dragen. Daarnaast ga ik als postdoc onderzoeker het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) panelmanagementproject oppakken, dat momenteel in het ANH loopt.

Wat heb je hiervoor gedaan?

Ik ben epidemioloog en na mijn studie biomedische gezondheidswetenschappen in Nijmegen ben ik gepromoveerd op de lange termijn gezondheidseffecten van de Bijlmerramp onder hulpverleners (2006, EMGO+/VU). In de 8 jaren daarna heb ik diverse onderzoeksprojecten verricht en gecoördineerd bij het NIVEL, RIVM en de Universiteit Utrecht. Daarbij lag het accent op de invloed van risicoperceptie, stress, arbeid en milieu op de gezondheid en volksgezondheid.

Waarom deze switch?

In vorige banen heb ik kennis gemaakt met routinehuisartszorggegevens. Ik zie dat als een rijke bron voor onderzoek en voor innovatie en verbetering van zorg. Naast wetenschappelijk inhoudelijk werk vind ik het plezierig om als coördinator onderzoek mogelijk te maken. Juist die combinatie wil ik nu graag inzetten voor vernieuwend onderzoek in het ANH, dat bij voorkeur gericht is op huisartsgeneeskundige zorg.

Wil je iets kenmerkends over jezelf vertellen?

Ik ben in Drenthe opgegroeid en heb in Nijmegen, Amstelveen en Utrecht gewoond. In 2012 ben ik naar Hilversum verhuisd, waar ik samen met mijn partner (planoloog en imker) geniet van ons leven met onze zoon (2012) in ons huis met heide en bos aan de overkant van de weg. Jullie vinden in mij een breed geïnteresseerde, kritisch meedenkende, nauwkeurige, zorgzame en goedlachse collega.

Even voorstellen....
Kittie Vreenegoor



Wat ga je in je nieuwe functie doen? Wat zijn je plannen?

Op 1 februari ben ik begonnen bij de huisartsopleiding als docent. Samen met twee collega's begeleid ik een groep in het derde jaar. Vooral nog is de uitdaging om het vak als docent goed onder de knie te krijgen. Daarnaast werk ik als waarnemend huisarts, maar ik hoop op termijn weer als huisarts op een vaste werkplek werkzaam te zijn om zo de ontwikkelingen in het vak op een andere manier vorm te kunnen geven.

Wat heb je hiervoor gedaan?

Zowel de studie geneeskunde als de huisartsopleiding heb ik aan de Vrije Universiteit gevolgd. In de jaren erna heb ik als hitha en waarnemer in diverse praktijken gewerkt.

Waarom deze switch?

Ik vind het boeiend om jonge collega's te begeleiden. Aangezien ik zelf niet als praktijkhouder werkzaam ben is het een logische keus geweest om te solliciteren bij de huisartsopleiding. Daarbij had ik al in het basiscurriculum practica medische chemie gegeven en na mijn huisartsopleiding heb ik mij bezig gehouden met het organiseren van nascholingen voor jonge huisartsen. Ook ben ik betrokken bij de nascholingen voor scheepsartsen via het Nederlands Medisch Nautisch Genootschap.

Wil je iets kenmerkends over jezelf vertellen?

Ik ben breed geïnteresseerd in alles en iedereen.

In the spotlight

**Bart Meijman,
huisarts en ex- voorzitter
Huisartsenkring
Amsterdam (HKA)**



De Huisartsenkring Amsterdam (HKA) is de belangenvereniging van alle Amsterdamse en Almeerse huisartsen. Zowel binnen als buiten Amsterdam wordt zij gezien als een professionele vereniging met gezaghebbende standpunten. Bart Meijman, huisarts in Amsterdam-Osdorp, trad begin april af als voorzitter van de HKA. Tijdens zijn voorzitterschap en vanuit zijn betrokkenheid met de patiëntenzorg en het huisartsenvak ontstond het idee voor 'Optimale zorg - Dappere dokters'. Ruud Stam zocht Bart op en sprak met hem over zijn drijfveren, zijn ambities en zijn rol in 'dappere dokters'.

Je staat bekend als een gedreven en betrokken persoon. Heb je die waarden van huis uit meegekregen?

Ja, dat denk ik wel. Ik ben de jongste uit een gezin van acht. Alle acht hebben we gestudeerd. Het was eind jaren 60, begin jaren 70; een bewogen tijd. Mijn beide ouders waren maatschappelijk geëngageerd, evenals mijn broers en zusters. Mijn vader was ook huisarts. Thuis werd veel over maatschappelijke ontwikkelingen gesproken, en over de ongelijkheid in de wereld.

'Mijn beide ouders waren maatschappelijk geëngageerd'

Waarom ben je eigenlijk dokter geworden?

Dat is niet een heel bewuste keuze geweest. Ik ben altijd geïnteresseerd geweest in mensen en dan is geneeskunde wel een mooie manier om daar iets mee te doen. De studie geneeskunde heeft mij wel gelijk gepakt en bleek voor mij een goede keuze. Mijn vader had nog een ouderwetse huisartsenpraktijk, wat thuis altijd voor veel drukte en stress zorgde. 'Dat nooit' hoorde ik mijn oudere broers en zusters zeggen. Ik was pas 11 jaar toen mijn vader overleed. Die belastende kant van mijn vaders praktijk heb ik daardoor nooit zo erg meegekregen.

'Het is echt een geprivilegieerde positie waarin je als dokter zit'

Waarom heb je ervoor gekozen om naast een eigen praktijk je ook bestuurlijk in te zetten?

Het mooie van dokter zijn is dat je heel intens kan zien wat mensen kan treffen. Het is echt een geprivilegieerde positie waarin je als dokter zit. Ik vind dat je datgene wat je ziet ook maatschappelijk moet gebruiken. Die dubbelslag, die kun je maken als arts. Dat doe ik als huisarts, maar dat heb ik ook gedaan in mijn periode bij Artsen zonder Grenzen. Enerzijds noodhulp bieden, maar je tegelijkertijd ook maatschappelijk uitspreken over wat je in het noodgebied ziet. Als huisarts zie je veel gezondheidsproblemen die voortkomen uit welzijnsproblemen. Je kunt dan als huisarts vervallen in frustratie, je kunt ook proberen iets constructiefs met dit inzicht te doen.

Je bent inmiddels afgetreden als voorzitter van de HKA. Wat heeft deze bestuursperiode jouw persoonlijk gebracht?

Ik heb acht jaar in het bestuur van de HKA gezeten, vier jaar als vicevoorzitter en vier jaar als voorzitter. Nu zit mijn termijn erop. Het werk voor de HKA heeft mij veel waardevolle contacten opgeleverd. Contacten met enthousiaste collega's in de zorg; huisartsen, andere zorgverleners, verzekeraars, mensen uit de politiek, etc. Allemaal mensen die de zorg op een positieve manier willen verbeteren. Het heeft mij meer inzicht gegeven in hoe de gezondheidszorg op macroniveau in elkaar zit en het heeft mij ook de mogelijkheid geboden om initiatieven in de zorg te ontplooiën. Initiatieven als bijvoorbeeld 'Optimale zorg- dappere dokters'.

'Ik heb wel het gevoel dat ik zaken in beweging heb gekregen'

Je wordt betiteld als invloedrijke huisarts. Ben je tevreden over wat je hebt kunnen bereiken?

Ik heb wel het gevoel dat ik zaken in beweging heb gekregen. En met 'ik' bedoel ik natuurlijk 'we': het team van het bestuur van de HKA. Door onder andere de samenwerking met de Eerstelijns Amsterdam (ELA) hebben we hier een prima organisatie opgebouwd. Ook de samenwerking met de discipline Huisartsgeneeskunde van VUmc vind ik van grote waarde. VUmc vervult een waardevolle rol voor de HKA, als inhoudelijk klankbord en als partner in praktische zorgvernieuwingsinitiatieven. Ik heb in mijn rol als voorzitter van de HKA altijd geprobeerd het publieke debat te zoeken. Wij dienen immers een publieke zaak. Ik heb hiervoor ook altijd de ruimte gekregen van mijn collega bestuursleden, ook als het ging om controversiële onderwerpen als bijvoorbeeld ons verzet tegen de invoering van het elektronische patiëntendossier.

'De LHV is vooral een politiek gedreven belangenorganisatie geworden'

Zijn er ook idealen die je niet hebt weten te realiseren?

Het is mij niet gelukt om de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) te veranderen. De LHV is vooral een politiek gedreven belangenorganisatie geworden. Zowel de voorzitter als de directeur is geen huisarts. Dat vind ik niet goed. Ik heb geprobeerd meer openheid en democratie in de besluitvorming te krijgen en meer inhoud in de doelstellingen. Dat is me helaas niet gelukt.

Hoe is het idee voor dappere dokters ontstaan?

In mei 2010 organiseerde de HKA aan de vooravond van de verkiezingen een debat met de titel 'Keuzes in de zorg'. In de curatieve gezondheidszorg moest 6 miljard euro bezuinigd worden. Als Amsterdamse huisartsen waren wij ervan overtuigd dat dit niet alleen zou gaan met nog 'doelmatiger werken' van zorgprofessionals, zoals de regering leek te denken. De politiek zou duidelijke (en waarschijnlijk voor de burger pijnlijke) keuzes moeten maken. Tijdens dit debat zei Marcel Levi (AMC) dat dokters ook wel eens wat 'dapperder' zouden mogen worden, bijvoorbeeld om overbehandeling tegen te gaan.

Wij hebben daar toen binnen de HKA veel over gesproken en we vonden dat wij ons als artsen actiever moesten opstellen om de zorg te verbeteren. Met name artsen kunnen vanuit de inhoud aangeven wat goede zorg is. En zij kunnen door hun handelen ook optimale zorg benaderen. Zij moeten zich hierover uitspreken, omdat anders louter beleidsmakers bepalen wat goede zorg zou zijn. Het idee ontstond om daarover met Amsterdamse artsen een werkconferentie te beleggen. Ik vond Marcel Levi (AMC), Henriëtte van der Horst (VUmc) en Ab Klink (VU en oud-minister VWS) als medestanders. We hebben de insteek

Gezocht: nieuwe huisartsopleiders

De huisartsopleiding groeit en daarom hebben wij meer opleiders nodig! Wij zijn op zoek naar huisartsen die belangstelling hebben voor het opleiden van huisartsen in opleiding (aios). Meld uzelf aan, bezoek onze oriëntatiecursus en spreek collega's aan die u geschikt lijken. Zie ook onze website www.hovumc.nl/opleider worden?

Wij bieden

- een nieuwe carriërestap waarbij u een deel van de patiëntenzorg inruilt voor begeleidingstaken
- een uitstekende, inspirerende opleiding tot opleider
- een enthousiast, vakkundig team van medewerkers dat zich richt op de persoonlijke ondersteuning van onze (beginnende) opleiders
- een prettige en geanimeerde werksfeer

Iedereen die meer wil weten nodigen wij uit voor een praktische, actieve, vrijblijvende, geaccrediteerde en kosteloze oriëntatiecursus (incl. overnachting), die inzicht biedt in het opleiderschap aan de HOVUmc. Pas na de cursus nemen deelnemers en opleiding de beslissing of ze met elkaar in zee willen gaan.

De eerstvolgende cursusdata

- Woensdag/donderdag 10/11 september 2014 in Conferentiecentrum Zonheuvel in Doorn
- Maandag/dinsdag 2/3 februari 2015 in Conferentiecentrum Zonheuvel in Doorn

Informatie of aanmelden bij:

Sylvia Vlak: 020-444 9341 of s.vlak@vumc.nl

Epidemiologie

EpidM verzorgt postinitieel masteronderwijs in de epidemiologie. Zo biedt zij de Masteropleiding Epidemiologie aan en geeft ze bij- en nascholing in de vorm van afzonderlijk te volgen cursussen. Het onderwijs vindt plaats in samenwerking met EMGO+ en is bestemd voor o.a.

- universitaire onderzoekers
- klinisch specialisten
- huisartsen
- tandartsen
- verpleegkundigen
- fysiotherapeuten
- sociaal geneeskundigen
- epidemiologen die werkzaam bij GGD'en, consultatiebureaus en zorgverzekeraars

Zie voor verdere informatie: www.epidm.nl

'Optimale zorg – dappere dokters' gekozen. De Volkskrant hoorde van de plannen voor een Amsterdamse conferentie en wilde hierover graag een artikel schrijven. Dit Volkskrantartikel en ook de conferentie in 2012 maakten veel reacties los. De tijd was (blijkbaar) rijp om 'Optimale zorg - dappere dokters' om te zetten in een beweging.

Dat dappere, is dat typisch Amsterdams?

Nee, dat denk ik niet. Het is toevallig in Amsterdam ontstaan uit een samenvoeging van omstandigheden. Amsterdam is een grote stad met veel mensen, organisaties en instanties in de zorg. De kans dat daardoor hier zo'n initiatief ontstaat, is waarschijnlijk wel iets groter.

'Jezelf uitdagen is iets wat je dapperder maakt'

Hoe gaat het nu verder met dappere dokters?

Het gaat eigenlijk op het realiseren van optimale zorg. Daarvoor is dapperheid nodig. Let wel: dapper zijn is iets anders dan stoer. Het moet verantwoord zijn wat je doet. Jezelf uitdagen is iets wat je dapperder maakt. Dapperheid appelleert ook aan je eigen rol: wat kan jij zelf doen om het verschil te maken? De tijd is er rijp voor, denk ik, het spreekt mensen aan. Steeds meer mensen hebben genoeg van een productiemaatschappij van steeds maar meer, meer, meer. En als mensen eenmaal veranderen, dan volgt het systeem vanzelf. Mooi voorbeeld is dat in het nieuwe curriculum geneeskunde in Groningen de invalshoek van dappere dokter is gekozen als keuzeperspectief tijdens de bachelorfase. In Amsterdam hebben we met het Lucas- Andreas ziekenhuis, het OLVG en het boven IJ ziekenhuis inmiddels transmurale platforms ingericht waaraan ook zorgverzekeraar Achmea meedoet. De andere ziekenhuizen volgen nog. De ziekenhuizen zien ook in dat de financiële ruimte voor groei zeer beperkt is. Men realiseert zich dat de groeiende zorgvraag alleen maar kan worden opgevangen door samen met de huisartsen en met de patiënten de juiste (optimale) keuzen te maken.

Wat zijn je persoonlijke ambities voor de toekomst?

In het bestuur van de HKA hebben we uitgangspunten geformuleerd voor wijkgebonden werken in de zorg. Het lijkt me bijzonder uitdagend om samen met mijn collegae huisartsen in Osdorp deze uitgangspunten te gaan vormgeven. We willen samen met de Gemeente, de wijkverpleging en andere eerstelijns werkers, optimale zorg voor alle bewoners van de wijk realiseren. Dus ambities zijn er nog volop.

DAPPERE DOKTERS EN DAPPERE VERZEKERAARS

Ab Klink is hoogleraar zorg, arbeid en politieke sturing aan de VU en sinds begin van dit jaar bestuurder bij zorgverzekeraar VGZ. Van 2007 tot 2010 was hij minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Samen met Marcel Levi (AMC), Henriëtte van der Horst en Bart Meijman (huisarts) stond hij aan de wieg van 'Optimale zorg, dappere dokters'. Odiel Wassenaar en Ruud Stam vroegen hem hoe hij nu vanuit zijn rol bij VGZ aankijkt tegen dit Amsterdamse initiatief.



foto: Victoria Burgers

Het is natuurlijk niet het enige initiatief. Op verschillende plekken in het land zie je initiatieven ontstaan op het gebied van zinnige en zuinige zorg. Het AMC bijvoorbeeld is één van de zeven proeftuinen 'Betere zorg met minder kosten' van minister Edith Schippers. Ook hier zijn prachtige initiatieven ontstaan binnen de geriatrie, de oncologie en de gynaecologie, waarbij artsen actief zorg opsporen die onnodig of ongepast kan zijn. Zo werken in Gorinchem huisartsen, specialisten en andere zorgaanbieders samen aan optimale zorg en gezondheid in de regio. En in Maastricht wordt met 'Blauwe zorg' door huisartsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraar VGZ gewerkt aan een betere organisatie van de zorg en aan gedragsverandering van zorgverleners en patiënten om zo de kwaliteit en de duurzaamheid van de zorg in de regio te vergroten.

'Dit soort initiatieven kunnen alleen opschalen met hulp van een zorgverzekeraar'

Hoe bent u betrokken geraakt bij dit initiatief?

Ja, dat is wel een beetje een anekdote. Ik werd door een journalist van Trouw (Margalith Kleijwegt) geïnterviewd over het rapport 'Kwaliteit als medicijn', waarin ik als partner bij consultancybureau BOOZ & CO onder andere wees op de noodzaak het aantal medische ingrepen te verminderen. Na afloop loopt diezelfde journalist Marcel Levi (internist en bestuurder AMC) tegen het lijf in de supermarkt en vraagt hem of het wel klopt dat er zoveel onnodige zorg wordt verleend. 'Ja, dat klopt', zei Levi en zo is het balletje gaan rollen. Bart Meijman kwam er ook bij vanuit de huisartsenkring Amsterdam. Bart verdient overigens de meeste credits. Hij vond dat we er in Amsterdam met z'n allen iets aan moesten doen en zo werd hij de drijvende kracht achter wat nu 'Optimale zorg, dappere dokters' wordt genoemd.

Vindt u het project 'Dappere dokters' succesvol?

Op landelijk niveau is het convenant gesloten om het gepast gebruik van zorg te bevorderen. Zo'n convenant is abstract en afstandelijk en het is moeilijk om hiermee enthousiasme aan te wakkeren. 'Dappere dokters' is natuurlijk een prachtige naam. Het allitereert, het appelleert, het heeft het project bekendheid gegeven. Die dapperheid roept op om tegen de stroom in te roeien en je niet neer te leggen bij de prikkels van het systeem.

Welke rol ziet u voor de zorgverzekeraars?

Dit soort initiatieven kunnen alleen opschalen met hulp van een zorgverzekeraar. Je hebt ook een dappere verzekeraar nodig die van zijn routines afwijkt. Het begint ermee dat ze niet direct het geld afromen dat vrijkomt door minder verrichtingen in de zorg, met name in de tweede lijn. De verzekeraar kan en moet een beschermde omgeving bieden waarin goed wordt gekeken welke zorg nuttig en nodig is. Het vrijgekomen geld blijft dan beschikbaar om te investeren in een kwalitatieve verbetering van de zorg. Dat gebeurt nu nog niet altijd. In een ziekenhuis in Flevoland bijvoorbeeld voerden onder meer de kno-arts Markus Oei en Jan Willem Blok - overeenkomstig het advies van de wetenschap - een terughoudend beleid wat betreft onder andere het plaatsen van trommelvliesbuisjes. Dit leidde voor het ziekenhuis tot minder operaties, minder verpleegdagen en dus minder geld. Het ziekenhuis verliest nu omzet en dreigt mensen te ontslaan als gevolg van zinnige, zuinige zorg. Het gevolg is: minder tijd voor de patiënt en meer behandelingen. Daar wordt de patiënt niet beter van, integendeel. En het drijft kosten op. Daar kun je als verzekeraar iets aan doen. 'Saving lives and costs', zei Obama al.

'Ik zeg tegen de zorginkopers: handen af van de proeftuinen!'

Heeft u de idealen van dappere dokters ook ingebracht in het beleid van VGZ?

VGZ is actief betrokken bij meerdere initiatieven voor zinnige en zuinige zorg, bijvoorbeeld in Gorinchem en Maastricht. Ik zeg tegen de zorginkopers: 'handen af van de proeftuinen!'.

Wij volgen heel actief wat er in deze regio's gebeurt en welk interventies betere zorg opleveren. Onzinnige zorg proberen we er zo veel mogelijk uit te filteren. Nu is het nog vaak zo dat minder zorg in het ziekenhuis als gevolg van goede preventie direct weer wordt opgevuld om het ontstane omzetverlies te compenseren. Lang niet altijd is hierbij sprake van zinnige zorg. Belangrijk is daarom om in de proefregio's integraal zorg in te kopen. Dus huisartsenzorg en ziekenhuiszorg integraal afspreken in plaats van los van elkaar. Door minder te verwijzen en minder verrichtingen in de tweede lijn te doen, komt er geld vrij. Als je dat geld niet meteen afroemt, ontstaat er ruimte voor een andere manier van zorgverlening. Bijvoorbeeld zorgverlening waarbij meer tijd is voor de kwaliteit van besluitvorming in plaats van alleen maar productie. Denk hierbij aan 'shared decision making' of structureel overleg met eerste en tweedelijns disciplines. Je moet dan als lokale zorgaanbieders en verzekeraars wel een langdurig traject met elkaar willen aangaan. De veranderingen die je wilt bewerkstelligen hebben immers tijd nodig. Als verzekeraars leren we van de proeftuinen. Bij hen halen we de inzichten in betere zorg op. Via de zorginkoop gaan we die opschalen. We zullen daarbij een betaaltitel moeten creëren voor de nieuwe manieren van zorgverlening. We kunnen ook speciale polissen in het leven roepen waarbij alleen die zorg wordt vergoed die past bij de uitgangspunten van zinnige en zuinige zorg en zo bijdragen aan het stimuleren van gepast gebruik.

'Als we hier niet samen aan gaan werken, gaat het niet werken!'

Dat klinkt eenvoudig, maar gaat dat in de praktijk ook lukken?

Het moet lukken! Als we hier niet samen aan gaan werken, gaat het niet werken. Dan lossen we de problemen niet op en blijven zorgaanbieders en verzekeraars altijd tegenover elkaar staan. Het is toch erg dat we veel geld steken in zaken die toch niet helpen of zelfs schadelijk zijn. En dat we dat geld weghalen waar het hard nodig is, bijvoorbeeld door het verhogen van de eigen bijdrage.

Wat zijn voor u voorbeelden van ongepast zorggebruik?

Nou, borstkankerscreening bijvoorbeeld. Er zijn inmiddels veel onderzoeken die de meerwaarde van deze vorm van bevolkingsonderzoek bestrijden. Het idee dat

het veiligheid geeft, is echter wijdverbreid. Ik pleit niet tegen bevolkingsonderzoeken of tegen diagnostiek, maar ik vind wel dat we mensen veel beter over de voor- en nadelen moeten informeren; en over de onzekerheden die ermee gemoeid zijn. Het vraagt om een andere 'mindset' en daar moeten we met z'n allen aan werken. Uiteindelijk door heel veel onderzoek, publicaties en dialoog wordt dit wel duidelijk, ook bij de patiënt/consument. Dat is belangrijk om een dure en onnodige medicalisering te voorkomen.

Veel medische klachten komen overigens voort uit sociale klachten. Eenzaamheid is een groot probleem, dit blijkt echt een voorspellende factor voor huisartsbezoek. Als je alleen thuis zit voel je alles en dan ga je dit ook overwaarden. Zinnige zorg is dus ook zoeken naar hoe je mensen weer in een sociaal netwerk kunt krijgen. Dat vraagt om samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk of buurtwerk. Ook daar kan overigens weer een financieringsprobleem ontstaan. De Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) probeert bijvoorbeeld door samenwerking met partijen in het sociale domein de problemen van de mensen in de wijk aan te pakken. Per saldo leidt deze prima manier van zorgverlening voor de SAG echter tot daling van de omzet. Hier lopen zij echt tegen een probleem aan en daar moet een zorgverzekeraar op inspelen.

'Veel medische klachten komen overigens voort uit sociale klachten'

Werkt VGZ bij dit zorginkoopbeleid samen met andere zorgverzekeraars?

Als je als verzekeraars eerst moet proberen om alle verzekeraars op één lijn te krijgen, bijvoorbeeld vanuit Zorgverzekeraars Nederland, gaat dat veel te langzaam. Als verzekeraar geloof ik wel in jezelf onderscheiden, een stap voorop lopen: in gezonde competitie. En als dit een goede stap is, krijgt het vanzelf navolging.

Wat verwacht u specifiek van de huisartsen?

Van huisartsen verwacht ik dat ze hun onzekerheden over zorgtrajecten durven te delen met hun patiënten. Dat ze tijd investeren om samen met hun patiënten te komen tot een optimale zorgkeuze. Huisartsen kunnen ook selectief verwijzen. Dus specifiek verwijzen naar die ziekenhuizen en specialisten die meedoen met optimale in plaats van maximale zorg.

'Zo groeit die zorgboom alleen maar groter en groter'

Van huisartsen wordt al veel gevraagd, bijvoorbeeld de ketenzorg en de huidige Geïntegreerde Eerstelijns Zorg. Vindt u dit ook passen bij 'Optimale zorg, dappere dokters?'

Zeker, bijvoorbeeld als dit betekent dat er minder diabetespatiënten naar het ziekenhuis gaan. Onderzoek, onder andere in de Verenigde Staten, toont aan dat dit soort ketenzorg tot minder complicaties leidt. Je moet echter wel oppassen dat je de inclusiecriteria niet te ruim maakt, en zo juist meer mensen het zorgsysteem intrekt. Dit zie je bijvoorbeeld bij COPD. Dus wat mij betreft zou het prima in 'Optimale zorg, dappere dokters' passen als je de ketenzorg maar vanuit een integraal (eerste en tweedelijns-) perspectief oppakt. Dit vraagt van de huisartsen wel dat ze gezamenlijk een mening moeten gaan vormen, bijvoorbeeld ten aanzien van de ziekenhuizen waarnaar men verwijst. Ziekenhuizen die het gat dat bij hen ontstaat door meer COPD-zorg in de eerstelijns direct weer met iets anders opvullen, daar zou je als huisartsen minder naar moeten verwijzen. Marcel Levi noemde dit opvullen het creëren van 'onzinzorg'. Zo groeit die zorgboom alleen maar groter en groter. Huisartsen moeten ook bereid zijn hierover een strategie met verzekeraars af te spreken.

'Idealisme kun je niet opschalen'

Is er geloof nodig om van 'dappere dokters' een succes te maken?

Idealisme kun je niet opschalen. Je hebt bij dit soort initiatieven wel altijd een aantal charismatische mensen nodig die voorop lopen. En daarna is er institutionele ondersteuning nodig om dit soort ontwikkelingen tot een succes te maken.

'Maar je moet als onderzoeker wel tempo kunnen maken'

Welke rol ziet u voor de wetenschap?

Voor de wetenschap ligt er een belangrijke rol in het goed volgen van de trajecten van optimale zorg. Daar zou ook een rol kunnen liggen voor de afdelingen huisartsgeneeskunde van de universiteiten. Met goed onderzoek kun je rugdekking bieden aan de huisartsen. En kun je richtlijnen doorvertalen in gevolgen voor de financiering. Maar je moet als onderzoeker wel tempo kunnen maken. Innovatie en onderzoek is een kwestie van timing. Niet altijd is het mogelijk vier jaar te wachten op de resultaten van een evaluatie. Als VU zijn we momenteel bezig met het oprichten van het TALMA instituut, een kennis- en expertisecentrum op het terrein van de veranderende verzorgingsstaat. Het instituut verbindt interdisciplinair onderzoek met maatschappelijke vragen en wil in nauwe samenwerking met betrokken partijen bijdragen aan de vernieuwing.

OPGETEKEND

Humor blijkt ons niet alleen mentaal sterker te maken, het zou in de spreekkamer van de dokter als recept niet misstaan.

Ellen de Visser en Margreet Vermeulen in het Volkskrant weekend katern, jaargang 1, nummer 18, pag. 25

Wel een huisarts, geen psycholoog (...). Louis van Gaal zelf, alsmede de ervaren huisarts Piet Bon, denken de ziel van de spelers te behoeden voor al te groot onheil.

De Volkskrant, 2e mei, 2014, pag. 33

Mogelijkheden om het leven van een patiënt enige tijd te verlengen, moeten wellicht onbenut blijven als de kosten - die kunnen oplopen tot 10 duizend euro per maand - niet meer opwegen tegen de baten.

Sander van Walsum
De Volkskrant, 21 juni 2014, pag. 29

De politiek wil haar vingers er niet aan branden, maar de vraag wordt allang opgeworpen: wat mag een mensenleven de maatschappij eigenlijk kosten?

De Volkskrant, 21 juni, 2014, pag. 10

Op verjaardagen ga ik over de tong. Dan zeggen ze tegen elkaar: ik ben bij Wind geweest. Nou, dan weten ze wel hoe laat het is. Je moet het luchtig houden.

Huisarts Juriën Wind die in zijn praktijk vasectomie uitvoert, de Volkskrant, 25 januari, 2014, pag. 7

*Kop in de Volkskrant van 27 Juni: 'Ziekenhuizen mogen winst gaan uitkeren'.
Ha! En nu nog de bonussen!*

Ingezonden brief
De Volkskrant, 28 juni 2014, pag. 32

De productieprikkel zit al in de perverse wijze waarop wij de zorg financieren.

Econoom Marcel Canoy
De Volkskrant van 28 juni 2014, pag. 23, op de vraag of de zorg duurder wordt als ziekenhuizen winst mogen gaan uitkeren

DAPPERE DOKTERS OP HET SOLK-SPREEKUR

Optimale zorg, dappere dokters, het zijn pakkende termen. Maar wat betekenen ze voor patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)? Heeft het SOLK-spreekuur hen iets te bieden? En vinden we daar dan ook dappere dokters, die optimale zorg bieden? Odiel Wassenaar vroeg het aan Nettie Blankenstein, hoofd van de huisartsenopleiding VUmc en mede-initiatiefneemster van het SOLK-spreekuur in de universitaire huisartsenpraktijk.



Wat is het SOLK spreekuur?

Een huisartsenspreekuur waarbij de eigen huisarts een andere huisarts, een expert, consulteert. Dit idee is in 2009 ontstaan, als een pilot, en dat is het in feite nog steeds. We willen huisartsen ondersteunen die in (herkenbare) situaties terechtkomen, waarin ze denken: 'ik verwijs deze patiënt maar door naar de internist, dan ben ik er weer een tijdje van af, maar ik weet wel bijna zeker dat er niets uit zal komen'.

Om de huisarts te helpen hierin een gepaster beleid vast te stellen, is het SOLK-spreekuur gestart. Aanvankelijk was het bedoeld voor patiënten uit de SAG praktijken in Amsterdam en dat is het eigenlijk nog steeds. In Nederland zijn er heel veel LOK- en SOLK-poli's, maar dat zijn allemaal behandelpoli's en georganiseerd vanuit de psychiatrie. Dit spreekuur is dus echt ontstaan vanuit de huisartsensetting en daarin is het uniek.

'...Dan ben ik er weer een tijdje van af...'

Hoe is jullie werkwijze?

Na een inventarisatie van vooraf verkregen informatie wordt het eerste consult volledig besteed aan het exploreren van de klachten. Daarvoor gebruiken we het SCEGS-model, zoals beschreven in de NHG-Standaard. Mocht er nog behoefte zijn aan diagnostiek, dan vragen wij dat zelf aan.

In het tweede consult bespreken we wat er aan diagnostiek is gedaan, welke verwijzingen hebben plaatsgevonden en wat het heeft opgeleverd. Dan blijkt meestal dat het afgelopen traject lang en intensief is geweest. Patiënten hebben soms tegenstrijdige uitleg gekregen. Meestal zijn al vaak dezelfde (activerende) adviezen gegeven.

Daarna wordt uitgebreid de tijd genomen om uitleg te geven over SOLK, waaronder de relatie met stress en het mechanisme van de HPA-as (stress respons systeem). Er wordt concreet uitgelegd waarom een patiënt zijn of haar klachten heeft en hoe die klachten in stand worden gehouden. Die 'in stand houdende factoren' zijn echt belangrijk. We inventariseren ze uitgebreid, onderzoeken welke te beïnvloeden zijn en hoe we ze zouden kunnen aanpakken.

Aan het eind presenteren we een brief met een eindconclusie. Deze is persoonlijk aan de patiënt gericht en bevat de uitleg en adviezen die we gegeven hebben en de reactie daarop van de patiënt. Dit behandeladvies ligt meestal op het terrein van de huisarts of een andere discipline, zoals de psychosomatisch fysiotherapeut, de praktijkondersteuner GGZ of de tweede lijn. Dit hangt meestal samen met de ernst van de SOLK, het aantal (lichamelijke) clusters dat erbij betrokken is en de mate waarin er sprake is van angst of depressie. De regie hierover ligt bij de eigen huisarts én de patiënt.

'Onze SOLK-patiënten hebben vaak al zo'n vijf specialisten gezien voor dezelfde klacht'

Wat zijn veel voorkomende 'in stand houdende factoren'? Wij als dokters, met de neiging tot over diagnostiek en medicalisering?

Ja, wij doen zeker mee. Wij dokters hebben vaak de cognitie: er moet toch een oorzaak, een diagnose te vinden zijn. En dan volgt al snel een conclusie in de trant van: 'op neurologisch gebied kan ik niets vinden, ik zal u doorverwijzen naar een orthopeed'.

Bij langdurig onverklaarde lichamelijke klachten zoeken artsen vaak wel naar externe stressfactoren, zoals werk of familieomstandigheden. Maar vaak zijn de klachten op

zichzelf de grootste stressfactor. In recent onderzoek van bedrijfsarts Rob Hoedeman geven patiënten dit zelf ook aan. Onze SOLK-patiënten hebben vaak al zo'n vijf specialisten gezien voor dezelfde klacht. Het zou mooi zijn als we deze mensen eerder kunnen 'vangen' en zo een hoop onnodige verwijzingen kunnen voorkomen. En dan ook een meer passende begeleiding kunnen bieden.

Hoe wordt het SOLK-spreekuur gefinancierd?

Officieel is het nog steeds een pilotproject voor patiënten van de SAG (Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra). Maar het trekt ook veel patiënten buiten onze regio. Voor hen rekenen we een passantentarieef om de kosten enigszins te dekken. Voor patiënten met een huisarts in Amsterdam kan dit niet. Financiering is moeilijk omdat er in Nederland geen ander voorbeeld bestaat van dit soort adviespreekuren binnen de huisartsgeneeskunde. En evidence dat het werkt is er nog niet. Dit wordt nu wel opgestart door onderzoeker Helen Koch. Zij gaat patiënten en huisartsen benaderen die elkaar op het SOLK-spreekuur hebben gesproken, om de resultaten in kaart te brengen.

'Ik vind het dapper als een huisarts erkent dat hij of zij vastloopt met een patiënt'

Een typisch voorbeeld van 'optimale zorg, dappere dokters' lijkt mij?

Ik vind het dapper als een huisarts erkent dat hij of zij vastloopt met een patiënt. Het is in zo'n geval natuurlijk veel makkelijker om naar een specialist te verwijzen dan om de optie van het SOLK-spreekuur aan te kaarten. Nog mooier, en nog dapperder zou het zijn als de huisarts zelf zo'n traject in gang zou zetten. Maar inderdaad, dat kost veel tijd, en dus geld.

'Een apart tarief zou veel uitmaken'

Komen lichamelijk onbegrepen klachten voort uit tijdgebrek van de huisarts?

Meestal bieden huisartsen wel een luisterend oor en tijd. Maar daarna mist het aan specifieke deskundigheid en is er het gevoel van onmacht over het vervolgtraject. Hopelijk gaat dat veranderen door de nieuwe NHG-Standaard, door nascholingen en door überhaupt meer aandacht aan deze groep patiënten te geven. En ja: een apart tarief zou veel uitmaken. Maar ook dan zal er misschien wel behoefte blijven aan een apart SOLK-spreekuur. Niet alle huisartsen hebben immers affiniteit of deskundigheid op dit gebied.

In hoeverre krijgt SOLK aandacht in de huisartsenopleiding van VUmc?

Het onderwerp krijgt veel aandacht. Het is één van de vier grote thema's in het eerste en het derde jaar. Het is ook een thema dat de aios aanspreekt, want de meesten vinden het een moeilijke patiëntengroep.

Ook de huisartsopleiders spelen hierbij een grote rol. Zij moeten immers de vaardigheden hebben om de aios hierin te begeleiden. Daarom is de SOLK-problematiek (naast bijvoorbeeld acute zorg, jeugd en ouderen) één van de negen hoofdthema's waarvoor expertgroepen zogenaamde 'Kenmerkende Beroeps Activiteiten' hebben uitgewerkt. Deze helpen de opleiders gericht feedback te geven aan de aios. Zo is er volop aandacht voor de SOLK-patiënt. Hij staat er niet alleen voor.

PROSTAATKANKER? JE KUNT ER MAAR BETER NIET TE VROEG BIJ ZIJN!

Preventie en vroegdiagnostiek lijken aantrekkelijk. Toch worden er steeds meer kanttekeningen bij geplaatst, ook door de beweging van de Dappere dokters. Joan Boeke plaatst zo'n kanttekening bij het screenen op prostaatkanker. Hij is 31 jaar huisarts in Amsterdam-West, enthousiast huisarts-opleider, deed onderzoek bij VUmc, en leidt een toetsgroep van huisartsen uit de wijk en specialisten van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. Hans van der Wouden interviewde hem over één van de initiatieven.



Hoe begon het allemaal?

Zes jaar geleden zijn we met enkele enthousiaste huisartsen uit Amsterdam-West een toetsgroep begonnen. Maandelijks komen we bij elkaar, samen met een specialist van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. Een van de huisartsen bereidt het programma voor, met steeds een andere specialist. Het doel is nascholing, toetsing van beleid en elkaar leren kennen.

Vorig jaar stelde Bart Meijman voor met deze groep een experiment op te zetten rond het aanvragen van PSA-bepalingen. Daarbij wilde hij gebruik maken van spiegelinformatie. De gedachte was: als je spiegelinformatie voor het aanvragen van aanvullend onderzoek beschikbaar stelt, leidt dat misschien tot rationeler aanvraagdgedrag.

Hoe zag het programma eruit?

We zijn aan de slag gegaan met de urologen. Die vonden het terugdringen van onnodige PSA-aanvragen een prima idee. Zij begonnen de eerste bijeenkomst met een uitleg, waarna ik een samenvatting gaf van de NHG-Standaard 'Mictieklachten bij mannen'. Deze stelt, op basis van deugdelijke evidence, dat een PSA-bepaling alleen

zinvol is voor het monitoren van gediagnosticeerde en behandelde prostaattumoren, en dus niet voor screening. Vervolgens presenteerde ik het aanvraagdgedrag van onze eigen praktijk. Van de 120 aanvragen die we sinds 2010 hadden gedaan was ongeveer de helft voor screening en de andere helft vanwege klachten. Bij twee mensen bleek er sprake te zijn van een prostaatcarcinoom. Daarna kregen de deelnemende huisartsen hun eigen cijfers te zien.

'Waarom is het slecht om vroeg iets te weten te komen over je ziektekansen?'

Dat leverde de nodige discussie op, neem ik aan?

Jazeker. Veel aanvragen worden geïnitieerd door mondige patiënten die denken dat het goed is om je PSA te laten bepalen: je weet maar nooit... De discussie met de huisartsen spitste zich dan ook toe op de vraag hoe je in gesprek gaat met een patiënt die zijn PSA wil laten bepalen. Uitleg over dit onderwerp is ingewikkeld. Waarom is het slecht om vroeg iets te weten te komen over je ziektekansen? In ons dagelijks werk zijn we daar meestal wel op gericht, dus dan is het moeilijk om uit te leggen dat je de test liever niet wil doen. Zeker als je als dokter onzeker bent over je eigen standpunt.

'Soms moet je gewoon tegen de patiënt zeggen: u moet het niet doen!'

Hoe ging het toen verder?

In een tweede sessie zijn we op die vraag dieper ingegaan. Dat was heel leuk, er zijn immers vele wegen naar Rome. We hebben rollenspelen gedaan, waarbij de uroloog deed alsof zij de huisarts was. Dat vond ze absoluut niet makkelijk. Als huisarts moet je de boodschap helder kunnen overbrengen en niet defensief zijn over hoeveel schade het oplevert. Soms moet je gewoon tegen de patiënt zeggen: u moet het niet doen!

Perverse prikkels

Een probleem is dat urologen niet kunnen weigeren om vervolgdagnostiek te doen. Ze willen hun beroepsgroep niet afvallen, ook al ziet men dit wel degelijk als een

knelpunt. En er zitten verschillende perverse prikkels in het systeem: als een huisarts zijn patiënt overtuigt van het feit dat een PSA bepaling niet zinvol is, levert hem dat financieel niets op. Omgekeerd verdient een uroloog juist wel aan vervolgdagnostiek. Het systeem werkt zo 'zorgconsumptie' in de hand.

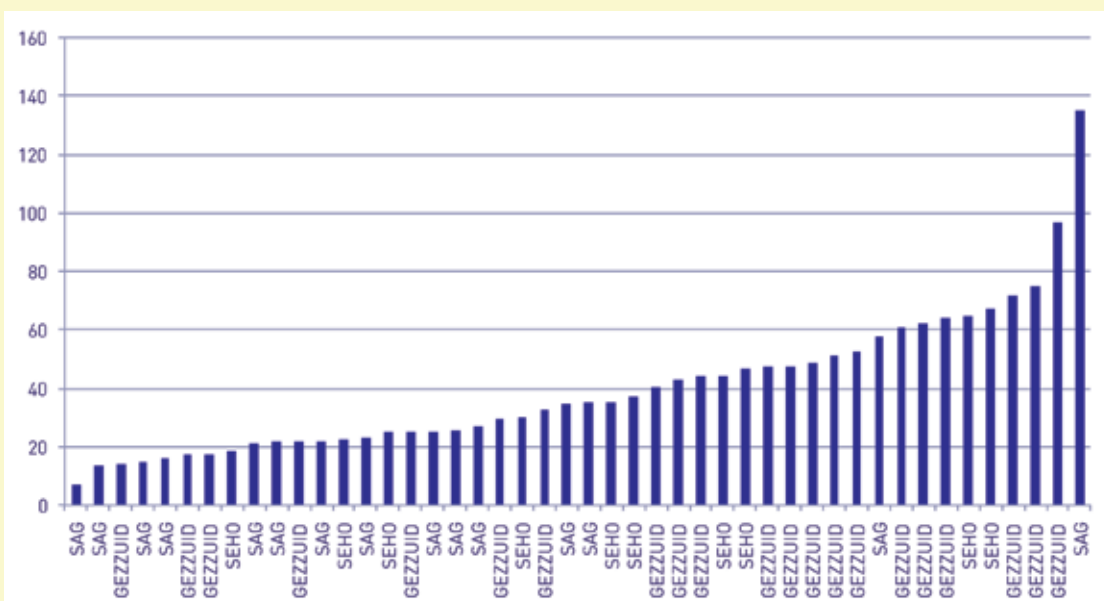
'Een probleem is dat urologen niet kunnen weigeren om vervolgdagnostiek te doen'

Heb je cijfers?

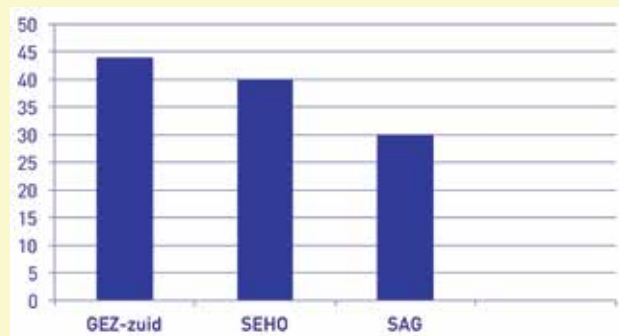
We hebben voor een recente bijeenkomst van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde van VUmc eens in kaart gebracht hoe het in die praktijken zat met de PSA-aanvragen in 2013. We hadden gegevens van 46 van de 48 praktijken uit het netwerk, gevestigd in Amsterdam en Haarlem, met in totaal zo'n 180.000 patiënten. Tijdens de bijeenkomst presenteerden we ruwe cijfers, maar inmiddels hebben we ze gestandaardiseerd door te corrigeren voor verschillen in leeftijdsverdeling tussen praktijken. De praktijk met de meeste aanvragen vroeg per 1000 mannen bijna 20 keer zoveel PSA-tests aan als de praktijk met de minste aanvragen (*figuur 1*). Dat is nogal wat.

We hebben ook gekeken naar de drie koepels die meedoen met het ANH (*figuur 2*). Daar zijn de verschillen kleiner, maar er blijft variatie. Omdat er gecorrigeerd is voor verschillen in leeftijdsopbouw tussen de praktijken, moet deze variatie ergens anders aan liggen. Je kunt dan denken aan de mondigheid van de patiënt, die natuurlijk van wijk tot wijk kan verschillen en samenhangt met opleiding en dergelijke. Maar dat is niet het hele verhaal. Ook de bereidheid van de huisarts om het verzoek van de patiënt te honoreren speelt een rol. En dat laatste valt te beïnvloeden!

figuur 1 Aantal PSA-aanvragen per 1000 mannen per praktijk in 2013



figuur 2 Aantal PSA-aanvragen per 1000 mannen per huisartsenkoepel in 2013



Hierboven staat het aantal PSA aanvragen per 1000 mannen van de drie koepels die meedoen met ANH:

- GEZ groep van Coöperatie Huisartsen Amsterdam Groot-Zuid (GEZ-zuid)
- Stichting Eerstelijnszorg Haarlem Oost (SEHO)
- Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG)

De GEZ-Zuid hadden 44 aanvragen per 1000 mannen, de SEHO-praktijken 40 en de SAG-praktijken 30. Deze aantallen zijn een stuk kleiner dan bij de praktijken buiten deze koepels (met dank aan Hanna Joosten).

SHARED DECISION MAKING: EEN KWESTIE VAN EERLIJK DELEN

De dapper dokters staan voor optimale en zinvolle zorg. Maar is het de dokter die bepaalt wat dat is? De patiënt? Het concept van 'Shared Decision Making' suggereert dat ze daar allebei een rol in spelen. Ruud van den Berg vroeg zich hardop af wat je eigenlijk nodig hebt 'to make a shared decision'. En maakte een rondje langs de velden.....

HET BOEK



Het boek *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering* van Silverman, Kurtz en Draper is het standaard communicatieboek dat op de huisartsopleiding wordt gebruikt. Het thema Shared Decision Making ('gezamenlijke besluitvoering' in de Nederlandse vertaling) wordt beschreven aan de hand van beschikbare onderzoeksresultaten. De auteurs bevelen aan om op basis van een interactieve benadering en nauwe samenwerking te streven naar gezamenlijkheid. Dat wil zeggen: er is tweerichtingsverkeer in de informatievoorziening, beide partijen spreken hun voorkeuren uit, gezamenlijk wordt er toegewerkt naar een besluit op basis van consensus.

Het is niet gezegd dat alle patiënten deze gelijkwaardigheid ook willen. Dat is afhankelijk van tal van factoren, waaronder heel legitieme. Het impliceert wel dat de arts continu (dus bij elke patiënt, bij elke klacht, in elke fase van het ziekteproces) onderzoekt in welke mate de patiënt er aanspraak op maakt of er ontvankelijk voor is. En hem ook stimuleert om bijvoorbeeld vragen te stellen en twijfels te uiten: 'alleen dan kunnen we tot wederzijds begrip komen, kan de patiënt beter keuzes maken en neemt de kans toe dat hij zich aan de therapie houdt'. Bij gezamenlijke besluitvoering kan de arts zich dus niet permitteren om passief te wachten op patiënten die dat willen, hij moet er actief naar streven.

'Het is niet gezegd dat alle patiënten deze gelijkwaardigheid ook willen'

DE WORKSHOP

De huisartsopleiding bestaat 40 jaar, er is een lustrumbijeenkomst, ik zit in de workshop Shared Decision Making. De workshop wordt gegeven door Trudy van der Weijden, van de Universiteit Maastricht. Zij schetst drie posities, die iets zeggen over de relatie tussen arts en patiënt.

Links staat paternalisme. Hierbij gaat er eenzijdig informatie van de arts naar de patiënt. Er wordt heel wat gewikt en gewogen. Door de arts. Gelukkig blijft hij daar niet in hangen: er sneuvelt wel degelijk een knoop. Het is de arts die hem doorhakt.

Rechts, aan de andere kant staat een moderne, zelfverzekerde, mondige patiënt. Hij wil best de informatie van de arts aanhoren, maar vergelijkt die kritisch met een uitdraai van internet. En wikken en wegen doet hij vooral zelf. Net als een besluit nemen. Een mondige patiënt, maar ook net iets meer dan dat.

En dan is er de middenpositie, die van de gedeelde besluitvorming: arts en patiënt hebben allebei zo hun informatie en wisselen die uit, vervolgens overwegen ze elk van beiden de verschillende mogelijkheden en samen komen ze tot een besluit.

De vooronderstelling bij deze laatste positie is dat een eenduidige, objectieve wereld (zo hij al bestaat) altijd in het perspectief moet worden gezien van de subjectieve beleving van het betreffende individu. Je kunt - op basis van harde evidence - in een standaard zetten dat oplossing x de nadelen y en z heeft, maar als de patiënt die nadelen niet vervelend vindt, kom je daar pas achter als je daarover met de patiënt in gesprek gaat.

Dat doe je met taal, nieuwe taal. Er vallen drie termen: choice talk, option talk, decision taal. Van die termen die, ook al zijn ze in het Engels en worden ze niet gedefinieerd, een wereld aan beelden en associaties oproepen.

Na afloop blijft het me bezighouden. Als docent op de huisartsopleiding bespreek ik regelmatig met aios hun consulten. Vaak gaat het dan (ook) over de hulpvraag van de patiënt en de vele manieren waarop je die aan de orde kunt stellen. Soms vinden aios dat een beetje triviaal, soms zijn ze blij verrast wat er naar boven komt als je dit soort

processen fileert en met elkaar uitwisselt. In alle gevallen denk ik - stiekem - dat ze zich allemaal op hun eigen manier dit soort vaardigheden eigen maken, misschien wel meer dan ze zelf beseffen. Wat zou dat betekenen als we tijdens de opleiding niet alleen de hulpvraag, maar ook de 'beleids-vraag' op deze manier zouden bespreken, fileren en uitwisselen? Hoe vloeiend kan de overgang zijn van 'Wat wilt u?' naar 'Wat zullen we samen gaan doen'?

DE AFDELING



Henriëtte van der Horst is huisarts, één van de initiatiefnemers van de Dappere dokters en hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde VUmc. Zij is dus verantwoordelijk voor de grote lijn zoals die afdelingsbreed wordt aangelegd. Ik ben benieuwd hoe zij, vanuit deze verschillende rollen, aankijkt tegen Shared Decision Making. Vragen staat vrij...

Wat heeft Shared Decision Making te maken met de uitgangspunten van dappere dokters?

Een van de kernwaarden van Dappere dokters is dat je samen met de patiënt spreekt over de behandeling die nodig, zinvol, gewenst of mogelijk is. En vervolgens samen tot een keuze komt voor een behandeling. Of samen beslist dat afzien van behandeling de beste optie is. Dappere dokters en Shared Decision Making hebben dus heel veel met elkaar te maken.

Hoe komt het dat Shared Decision Making niet als vanzelf gebeurt?

Shared Decision Making lijkt misschien vanzelfsprekend, iets wat je 'natuurlijk' doet, maar in de praktijk is het toch ingewikkelder. Je hebt tijd en ruimte nodig om echt met elkaar in gesprek te gaan. Maar die is er helaas niet altijd. Of we nemen die niet....

Het kan ook niet zonder vertrouwen in elkaar. Alleen dan kun je over onderliggende waarden praten: wat is belangrijk voor de patiënt? Welke consequenties kan of moet dat hebben? Wat betekent het voor de keuze van een behandeling?

Ten slotte vraagt het nogal wat van de huisarts. Die heeft bijvoorbeeld goede informatie nodig over behandel mogelijkheden, beloop en complicaties. En cijfers: hoe vaak komt complicatie x voor bij een patiënt met dit geslacht, deze leeftijd, deze aandoening, in dit stadium, etc. In de praktijk is die informatie echter lang niet altijd voorhanden. Dat betekent dat je als arts eerlijk

moet zijn over die onzekerheid. Je moet expliciteren wat je niet weet, bijvoorbeeld omdat jouw kennis tekortschiet of omdat die kennis simpelweg niet voorhanden is. Dat is niet altijd eenvoudig.

'Er zijn bijna altijd meer opties'

Kun je beschrijven hoe jij als huisarts Shared Decision Making vormgeeft?

In de eerste fase van het consult probeer ik duidelijk te krijgen wat mensen denken over hun klachten, wat hen bezighoudt, wat de gevolgen zijn van de klachten, wat ze van mij verwachten.

Die informatie heb ik nodig bij de volgende stap, de uitleg over de behandeling. Ik maak dan duidelijk: er zijn bijna altijd meer opties, minimaal twee: afwachten of behandelen. Als ik weet dat afwachten geen verstandige optie is, zeg ik dat er ook bij. En ik vertel waarom ik dat geen verstandige keuze vind. Ik geef informatie over verschillende opties en probeer dan samen met de patiënt te bekijken welke optie het beste bij hem of haar past. Als het gaat om relatief eenvoudige keuzes kan dat in hetzelfde consult gebeuren: wel of niet naar de fysiotherapeut voor rugklachten bijvoorbeeld. Als het om ingewikkelder keuzes gaat (denk aan wel of niet opereren), dan bespreek ik de verschillende opties en vertel waar mensen meer informatie kunnen vinden. Ik vraag hen om erover na te denken, eventueel met anderen erover te praten, en daarna terug te komen zodat we een besluit kunnen nemen.

Soms, als het om ingewikkelde vragen gaat of behandelingen waar ik niet veel van afweet, doe ik een zoekactie in Pubmed, vat de informatie samen en stuur die dan per e-mail naar de patiënt. Ook dan vraag ik de patiënt terug te komen, zodat we samen een besluit kunnen nemen.

'Ik tast meer af wat mensen willen en kunnen'

Pas je het nu meer toe dan toen je net als huisarts begon?

Ik denk dat ik het nu meer doe en ook anders. Toen ik begon, wilde ik vooral geen paternalistische, autoritaire arts zijn. Maar daarmee heb ik mensen soms ook laten zwemmen. Of keuzes laten maken, terwijl ze dat eigenlijk niet konden. Ik ben me nu meer bewust van de complexiteit van het proces van Shared Decision Making. Ik tast meer af wat mensen willen en kunnen.

'Ook in het basisonderwijs en in de huisartsopleiding kunnen en moeten we daar meer aandacht aan besteden'

Welke plek is er in de toekomst voor Shared Decision Making binnen onze afdeling en ook binnen de beweging van de Dappere dokters?

Daar moeten we vooral mee doorgaan. Onderzoek doen naar de toegevoegde waarde van Shared Decision Making, dat doen we bijvoorbeeld nu al in een onderzoeksproject waarin we kijken naar de effectiviteit van een medicatiereview bij ouderen met polyfarmacie: leidt een medicatiereview met Shared Decision Making tot betere gezondheidsuitkomsten? Of tot minder schadelijke effecten van polyfarmacie? Ook in het basisonderwijs en in de huisartsopleiding kunnen en moeten we daar meer aandacht aan besteden. En natuurlijk in onze Universitaire Huisartsen Praktijk (UHP) en de op te zetten Universitaire Praktijk Ouderen (UPO).

DE HUISARTSOPLEIDING



Chris Rietmeijer heeft de afgelopen jaren de visie van patiëntgerichte communicatie, zoals beschreven in Silverman c.s., geïntroduceerd en uitgewerkt binnen de huisartsopleiding. Ik praat met hem over patiëntgerichte communicatie en de betekenis daarvan voor Shared Decision Making.

Ben je tevreden over wat we bereikt hebben de afgelopen jaren?

Jazeker, we hebben in 40 jaar huisartsgeneeskunde veel bereikt. De hulpvraag, wat voelt en denkt de patiënt bij zijn klacht, wat zijn zijn vragen erbij, dat zijn zaken die huisartsen inmiddels heel normaal vinden om te bespreken. En ze doen het meestal ook goed. Dat deel van patiëntgerichte communicatie is echt stevig ingebed in de opleiding. Maar dat is niet het hele verhaal. Want als je het hebt over patiëntgerichte communicatie, moet je ook vaststellen dat we die vooral hebben uitgewerkt voor de eerste helft van het consult. Er moet veel meer aandacht komen voor het tweede deel van het consult.

'Er moet veel meer aandacht komen voor het tweede deel van het consult'

Wat ontbreekt er dan in dat tweede deel?

Dat we doorgaan waar we in het eerste deel zijn gebleven. Want hoe gaat het nu vaak? We doen aan

vraagverheldering, anamnese, lichamelijk onderzoek. Intussen 'redeneren we klinisch' en terwijl we onze handen wassen en teruglopen naar ons bureau vormt zich een werkdiagnose en een plan in ons hoofd. We zijn dan eigenlijk klaar met denken, en een schuin oog naar de klok leert ons dat de consulttijd er al bijna op zit. Op dat moment is er eigenlijk geen tijd meer voor een echte patiëntgerichte dialoog. We staan simpelweg niet in die stand. Maar daarmee laten we echt iets liggen. Als wij klaar zijn met denken, begint het voor de patiënt pas. Die heeft zojuist een diagnose gehoord en heeft daar allerlei gedachten en gevoelens bij. Of hij heeft een advies gekregen en vraagt zich af wat dat in zijn leven gaat inhouden. Er speelt van alles in zijn hoofd en het is zaak dat dat naar buiten komt.

'Als wij klaar zijn met denken, begint het voor de patiënt pas'

Welke rol speelt Shared Decision Making daarin?

Het is een logische consequentie van onze patiëntgerichte communicatie: de huisarts begeleidt de patiënt bij het hele proces van begin tot besluit. Dat vraagt wel een perspectief verandering. Wij zijn als huisartsen vooral gericht op de hulpvraag van de patiënt, het stellen van de juiste diagnose en het bepalen van de juiste therapie. Dat rekenen we tot onze eerste verantwoordelijkheid en daarop mag men ons ook afrekenen. Als patiënten onze adviezen niet opvolgen vinden we dat misschien jammer of een serieus probleem, maar toch vooral hun eigen verantwoordelijkheid. Wij hebben gedaan wat we moesten doen, het is aan de patiënt wat hij ermee doet. Maar dat is echt te simpel, het is een vorm van 'patiëntgericht paternalisme': als een goede vader of moeder hebben we het patiëntperspectief naast onze eigen ideeën gelegd en besloten wat het beste is voor deze patiënt, terwijl de patiënt vaak de behoefte heeft om juist in deze fase van het consult een echt gesprek te voeren, met ruimte voor zijn vragen, twijfels, angsten, op vergelijkbare wijze als in het begin van het consult. We moeten weer terug uit ons hoofd, terug naar de patiënt.

De stappen uit het Shared Decision Making model, zoals het bespreken van het feit dat er een keuze bestaat, welke opties er zijn en welke waarden voor de patiënt daarbij van belang zijn, kunnen ons helpen om deze fase van het consult te verrijken.

'We moeten weer terug uit ons hoofd, terug naar de patiënt'

Wat moet er gebeuren om dat te realiseren?

Het veronderstelt dat de huisarts kennis heeft van de voors en tegens van meerdere opties, dat hij weet waar die kennis te vinden is en dat hij dit alles open bespreekt. Op die manier maakt hij geen keuzes, maar begeleidt hij keuzeprocessen. Daarbij hebben zijn eigen voorkeuren een plaats naast die van de patiënt.

Dat kost wel tijd. Patiënten hebben tijd nodig om de diagnose te verwerken, de opties tot zich door te laten dringen, informatie in te winnen, hun naasten te raadplegen, etc. Dus als we meer die richting uit willen gaan, moeten we echt investeren, qua opleiding en qua middelen.

En het vraagt ook moed, bijvoorbeeld om een ander beleid te ondersteunen dan ons eigen voorkeursbeleid. Of moed om de patiënt in zijn autonomie te ondersteunen en zelf gas terug te nemen. Moed om de blik op onszelf te richten en onszelf vragen te stellen als: hoe zien we onze rol in deze tweede helft van het consult, willen we die rol wel, willen we verantwoordelijkheid dragen voor een dergelijke dialoog met een ongewisse uitkomst?

Wat zie je als uitdaging voor de huisartsopleiding, tot aan het eerst volgende lustrum?

Onze opleiders en aios scholen in de verschillende aspecten van Shared Decision Making: gesprekstechnieken waarmee we continu kunnen frisbeeën, meer kennis vergaren over verschillende behandelopties, leren begeleiden van keuzeprocessen. Shared Decision Making is een mooi voorbeeld van een proces waarin medisch handelen en communicatie volledig verstrengeld zijn. Dat vraagt meer deskundigheid op beide gebieden. Ik denk trouwens dat motiverende gespreksvoering hier ook een rol bij speelt. Ik ben er een groot voorstander van om verschillende gesprekstechnieken geïntegreerd en behapbaar aan te bieden. En dat we daarbij de focus leggen op de tweede helft van het consult vind ik - na 40 jaar vraagverheldering - een goede keuze. Dit kan alleen effectief als we tegelijkertijd met opleiders en aios het gesprek aangaan over de verschillende rollen die zij in het consult wel of niet ambiëren. En hoe zij zich verhouden tot de eisen die aan hen worden gesteld door de beroepsgroep, de patiënten, de verzekeraars en de politiek. Dat is nog een hele klus, maar gelukkig hebben we nog even te gaan, vóórdat het eerstvolgende lustrum voor de deur staat.

OPGETEKEND

Nu ervaar ik soms aan den lijve hoe onhandig behandelaars kunnen communiceren.

Arts Ivan Wolffers over zijn eigen ziekteproces
De Volkskrant, 1 februari 2014, pag. V3

In nog geen vijftig jaar is de sturing van de gezondheidszorg volledig uit handen van de professionals gehaald en overgenomen door het openbaar bestuur en de zorgverzekeraars.

Dirk van der Wedden
De Volkskrant, 16 juni 2014, pag. 22

Het steeds duurder worden van de zorg is niet het gevolg van fout beleid of verkwistende dokters, maar van de voortdurende ontwikkelingen. Wat uitgevonden wordt gaat ook gebruikt worden.

Huisarts Arjen Göbel
De Volkskrant, 11 juni 2014, pag. 33

Bij huisartsen, verloskundigen, wijkverpleegkundigen, apothekers en anderen speelt meer dan de prijs-kwaliteitverhouding: de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener is minstens zo belangrijk. Daar mag geen verzekeraar tussen komen.

Raoul du Pré
De Volkskrant, 7 juni 2014, pag. 29

Je kunt en moet niet elk risico willen uitsluiten. Patiënten moeten bereid zijn een zeker risico te nemen (...). De prijs: een beetje meer risico op een iets latere diagnose van een ernstige ziekte waardoor de behandelingskansen een beetje kleiner zijn en de levensverwachting ietsje minder. Dat is een rationele afweging die je maakt in overleg met je arts.

Anton Smits
De Volkskrant, 20 maart 2014

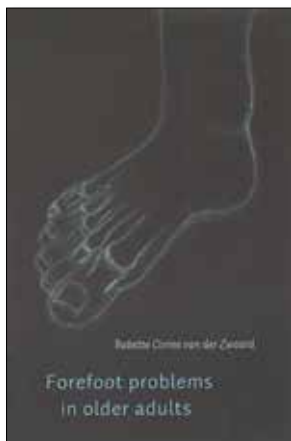
Het aantal jonge medisch specialisten dat hun heil in het buitenland zoekt, is het afgelopen jaar vervijfvoudigd (...). De beroepsgroep vreest dat vertrekkers, eenmaal geworteld in het buitenland, voorgoed verloren zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg.

De Volkskrant, 20 maart 2014, pag. 27

Een hoger opgeleide beroepsgroep bestaat niet, toch zijn jonge medisch specialisten nauwelijks in staat voor hun belangen op te komen.

De Volkskrant, 20 maart 2014, pag. 27

Promotie Babette Van der Zwaard: Betere schoenen goede remedie tegen pijn in de voorvoet



Als mensen naar hun huisarts gaan met pijn in hun voorvoet(en), volstaat soms een advies om schoenen van goede pasvorm en kwaliteit te dragen. Een goed hulpmiddel voor het uitkiezen van de juiste schoenen is te vinden op www.schoenadvies.com. Babette Van der Zwaard is op 29 januari gepromoveerd op dit onderwerp.

Ongeveer 1 op de 4 vrouwen en 1 op de 7 mannen boven de 50 jaar heeft pijn in de voet(en). Het gaat dan vooral om pijn in de voorvoet (60%). Hoe ouder, hoe groter de kans op voetpijn. Bij een pijnlijke voorvoet is er sprake van pijn in de bal van de voet of van de tenen.

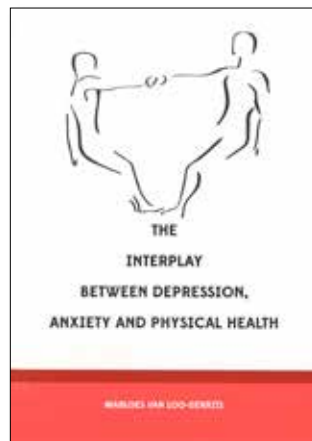
Babette Van der Zwaard vergeleek twee behandelingen. De ene groep patiënten ontving behandeling door een podotherapeut, de andere groep kreeg het advies van de huisarts om aan de hand van een folder schoenen van goede pasvorm en kwaliteit te dragen. Deze folder is ontwikkeld door Van der Zwaard in samenwerking met de opleiding Podotherapie van de Fontys Paramedische Hogeschool.

Deelnemers in beide groepen werden gedurende een periode van 12 maanden gevolgd. Elke drie maanden werd de pijn in de voet, de voetfunctie, de algemene gezondheid en sociale participatie gemeten met behulp van een vragenlijst. Wat betreft de klachten van pijn in de voorvoet en de voetfunctie werd er geen verschil gevonden tussen de twee groepen; beide groepen rapporteerden een verbetering in het verloop van de tijd.

Vrouwen bleken met behulp van de schoenfolder betere schoenen uit te kiezen dan vrouwen die de schoenfolder niet gebruikten. Tot slot bestudeerde Van der Zwaard het proces van podotherapeutische behandelingen bij voorvoetpijn. Het bleek dat de aanpak van verschillende podotherapeuten zeer uiteenlopend was.

Op basis van haar onderzoek concludeert Van der Zwaard dat de huisarts niet altijd hoeft door te verwijzen; het geven van een schoenadvies met behulp van een folder is een acceptabele eerste behandeling.

Promotie Marloes Gerrits: The interplay between depression, anxiety and physical health



Hebben lichamelijke klachten (zoals chronische aandoeningen en pijnklachten) invloed op depressie en angst? En zo ja, hoe dan? Daarover is nog weinig bekend. Daarom is in deze studie de invloed van lichamelijke klachten op depressie en angst over tijd onderzocht. Daarnaast is onderzocht of huisartsen depressie en angst kunnen herkennen als er ook lichamelijke klachten zijn. Voor dit onderzoek zijn gegevens van 2981 volwassenen over een periode van 4 jaar gebruikt, die meededen aan de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). Alle deelnemers zijn geïnterviewd over pijn (locatie, duur en ernst), chronische aandoeningen (zoals diabetes, hart- en vaatziekten, astma), depressie en angst.

We vonden dat aandoeningen aan de gewrichten (zoals reuma, artrose) samenhangen met een slechter beloop van depressie en angst over 2 jaar tijd. Daarnaast hebben mensen met diabetes een groter risico op terugval en een chronisch beloop van depressie of angst. Andere aandoeningen hebben geen invloed op het beloop van depressie of angst. Pijn (vooral op meerdere locaties) verhoogt de kans op het ontstaan en aanhouden van depressieve en angststoornissen. Andersom kunnen depressie en angst pijnklachten verergeren. Dit wijst op een vicieuze cirkel waarin pijn, depressie en angst elkaar na verloop van tijd steeds meer versterken.

De huisarts herkent depressie en angst bij 60% van de mensen. Daarbij maakt het niet uit of mensen een chronische aandoening hebben. De kans dat huisartsen depressie of angst herkennen, is groter bij mensen die pijnklachten aangeven. Het is geruststellend dat lichamelijke klachten herkenning van depressie en angst niet verhinderen. Als mensen zich op het spreekuur melden met pijn op meerdere plekken moeten artsen dus alert zijn op depressie en angst en mogelijk ook intensiever monitoren en behandelen. Deze mensen hebben namelijk een groter risico op het ontstaan en aanhouden van depressie en angst.

Een greep uit de publicaties van de onderzoeksgroep huisartsgeneeskunde in 2014

- Van der Wouden JC, Rietmeijer C. *Motivational interviewing in the medical care setting*. Patient Educ Couns. 2014 Apr 30.
- Van der Heijden AA, Walraven I, van 't Riet E, Aspelund T, Lund SH, Elders P, Polak BC, Moll AC, Keunen JE, Dekker JM, Nijpels G. *Validation of a model to estimate personalised screening frequency to monitor diabetic retinopathy*. Diabetologia. 2014 Apr 26. [Epub ahead of print].
- Terluin B, Oosterbaan DB, Brouwers EP, van Straten A, van de Ven PM, Langerak W, van Marwijk HW. *To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study*. BMC Psychiatry. 2014 Apr 24;14(1):121.
- Welschen LM, van Oppen P, Bot SD, Kostense PJ, Dekker JM, Nijpels G. *Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial*. J Behav Med. 2013 Dec;36(6):556-66.
- Hermesen LA, Leone SS, Smalbrugge M, Dekker J, van der Horst HE. *Frequency, severity and determinants of functional limitations in older adults with joint pain and comorbidity: Results of a cross-sectional study*. Arch Gerontol Geriatr. 2014 Jul-Aug;59(1):98-106.
- Van Beljouw IM, van Exel E, de Jong Gierveld J, Comijs HC, Heerings M, Stek ML, van Marwijk HW. *"Being all alone makes me sad": Loneliness in older adults with depressive symptoms*. Int Psychogeriatr. 2014 Apr 9:1-11.
- Willeboordse F, Hugtenburg JG, Schellevis FG, Elders PJ. *Patient participation in medication reviews is desirable but not evidence-based: a systematic literature review*. Br J Clin Pharmacol. 2014 Apr 4.
- Van Hout HP, Macneil Vroomen JL, Van Mierlo LD, Meiland FJ, Moll van Charante EP, Joling KJ, van den Dungen P, Dröes RM, van der Horst HE, de Rooij SE. *Comparing case management care models for people with dementia and their caregivers: the design of the COMPAS study*. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2014 Apr;45(2):105-16.
- Van der Zwaard BC, Vanwanseele B, Holtkamp F, van der Horst HE, Elders PJ, Menz HB. *Variation in the location of the shoe sole flexion point influences plantar loading patterns during gait*. J Foot Ankle Res. 2014 Mar 19;7(1):20.
- Mackenbach JD, Rutter H, Compennolle S, Glonti K, Oppert JM, Charreire H, De Bourdeaudhuij I, Brug J, Nijpels G, Lakerveld J. *Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project*. BMC Public Health. 2014 Mar 6;14(1):233.
- De Vries L, van der Heijden AA, van 't Riet E, Baan CA, Kostense PJ, Rijken M, Rutten GE, Nijpels G. *Peer support to decrease diabetes-related distress in patients with type 2 diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial*. BMC Endocr Disord. 2014 Mar 4;14(1):21.
- Muntinga ME, Mokkink LB, Knol DL, Nijpels G, Jansen AP. *Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people*. Qual Life Res. 2014 Feb 28.
- Van Dessel N, Leone SS, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE. *The PROSPECTS study: design of a prospective cohort study on prognosis and perpetuating factors of medically unexplained physical symptoms (MUPS)*. J Psychosom Res. 2014 Mar;76(3):200-6.
- Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJ, Dekker JM, Hugtenburg JG. *Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital*. Patient Prefer Adherence. 2014 Feb 4;8:155-65.
- Van der Zwaard BC, Poppe E, Vanwanseele B, van der Horst HE, Elders PJ. *Development and evaluation of a leaflet containing shoe advice: a randomized controlled trial*. Fam Pract. 2014 Jun;31(3):267-72.
- Slort W, Blankenstein AH, Schweitzer BP, Deliëns L, van der Horst HE. *Effectiveness of the 'availability, current issues and anticipation' (ACA) training programme for general practice trainees on communication with palliative care patients: a controlled trial*. Patient Educ Couns. 2014 Apr;95(1):83-90.
- Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. *Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond*. Br J Gen Pract. 2013 Dec;63(617):625-6.
- Hermesen LA, Leone SS, Smalbrugge M, Knol DL, van der Horst HE, Dekker J. *Exploring the aggregation of four functional measures in a population of older adults with joint pain and comorbidity*. BMC Geriatr. 2013 Nov 5;13:119.
- Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW. *The role of somatic health problems in the recognition of depressive and anxiety disorders by general practitioners*. J Affect Disord. 2013 Dec;151(3):1025-32.
- Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Leeuwen KM, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Hermesen LA, Jansen AP, Nijpels G, van Hout HP. *Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care*. Arch Gerontol Geriatr. 2014 Jan-Feb;58(1):37-42.
- Gerrits MM, van Oppen P, van Marwijk HW, Penninx BW, van der Horst HE. *Pain and the onset of depressive and anxiety disorders*. Pain. 2014 Jan;155(1):53-9.
- Van der Heijden AA, Van't Riet E, Bot SD, Cannegieter SC, Stehouwer CD, Baan CA, Dekker JM, Nijpels G. *Risk of a recurrent cardiovascular event in individuals with type 2 diabetes or intermediate hyperglycemia: the Hoorn Study*. Diabetes Care. 2013 Nov;36(11):3498-502.
- Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HW, van Schaik DJ, Stek ML, Beekman AT, van der Horst HE. *Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for the older people: a randomised controlled trial*. Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Feb;29(2):182-90.
- Welschen LM, van Oppen P, Bot SD, Kostense PJ, Dekker JM, Nijpels G. *Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial*. J Behav Med. 2013 Dec;36(6):556-66.

In de spiegels

Door
Ale Gercama



PROACTIEF: KLINKT LEUK, MAAR HEEFT HET ZIN?

Begin april was ik op een bijeenkomst van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde (ANH). Na een presentatie van Hans van der Wouden over een project over de zin van cardiovasculair risicomangement, volgden stellingen om de discussie aan te zwengelen over proactieve versus reactieve zorg. Dat lukte prima. Nogal wat aanwezigen hadden de indruk dat de eerste smaak 'steeds meer moet' en dat de tweede toch wat in het verdomhoekje komt te zitten. Afgaand op de huidige trends in de gezondheidszorg lijkt dat ook zo te zijn. Zo wordt proactieve zorg aangeprezen als hét antwoord op een aanstormende grijze tsunami, moet een preventieoffensief de gevolgen van een aanzwellende obesitasepidemie keren en loopt men hier en daar warm om - ná diabetes en COPD - nu ook kanker een lesje te leren. De brede, proactieve aanval op ziekte spreekt het publiek aan en daarbij vergeleken schrompelen de kleinschalige activiteiten van de huisarts in tot kruimelwerk. Wat te doen? De 'tekenen van de tijd' verstaan en erin meegaan? Of juist tegenwicht bieden? Tijdens de workshops vielen regelmatig de woorden 'evenwicht' en 'balans'. Welke positie kies je als huisarts ten opzichte van beide vormen van zorg? En hoe breng je die vervolgens tot uitdrukking in je praktijkvoering? Hoe stel je prioriteiten? Het is dan misschien hip om met ieder nieuw project mee te gaan, maar wat te doen als bijvoorbeeld niet goed is aangetoond of zo'n project werkelijk iets zal opleveren voor de patiënt?

Opvallend in de discussies was de rol van eigen initiatief versus ervaren druk van 'buiten': *'Het mooie van proactieve zorg is dat je agenda niet uitsluitend wordt bepaald door de soms niet zo zinvolle vraag van de patiënt'* versus: *'Met al die ketenzorg verdwijnt de zorg op maat. De mensen die niet in de mal van de ketenzorg passen, krijgen zo niet de juiste zorg'*.

Men vindt het van belang dat de huisarts zélf kiest: *'Het is beter om als huisarts zelf de regie te kunnen voeren: wanneer wil je proactief zijn, wanneer reactief. Dat is beter dan wanneer alles als een pakketje bij ons wordt neergelegd'*.

Verder werd duidelijk onderscheid gemaakt tussen proactief handelen ter preventie van ziekte, of om mogelijke gevolgen van chronische ziekte en veroudering te beïnvloeden:

'Wat betekent proactief als je een patiënt gaat bellen om de continuïteit te bewaken? Is dat dan per definitie proactief te noemen? Of ben je dan bezig met het juist toepassen van de kernwaarden van je vak?'

En: *'Bij sommige patiënten kan je wel wachten tot ze zelf komen, maar bij anderen kun je beter voor een proactieve benadering kiezen. Het gevoel - ik vertrouw het bij deze patiënt niet - speelt hierbij ook een rol'*.

Kennelijk wordt deze laatste vorm gezien als aanvulling op het gebruikelijke contact via het consult. Gaat het om de (grootschalige) preventie van ziekte, dan wordt er strenger geoordeeld: *'De consument vraagt erom, er wordt veel publiciteit*

aan preventie gegeven. De rol van de huisarts is echter niet iedereen door de scan te halen'.

En: *'We moeten er zorg voor dragen dat we van onze patiënten geen "zieken" maken'*.

Hier tekent zich een dilemma af, wat het vinden van de balans tussen reactief en proactief handelen zo noodzakelijk, maar ook zo lastig maakt: *'Je moet jezelf altijd de vraag stellen: is het zinvol wat we doen? Ook moeten we altijd de vraag van de patiënt blijven horen'*.

Achteraf bladerend door het verslag dat Valentina Blom van de discussies maakte, viel me op hoe strategisch de positie van de huisarts is. Via het spreekuur komen dagelijks vragen van patiënten binnen, die raken aan het onderwerp: vragen waar de huisarts vervolgens iets mee doet. Tegelijk werkt de huisarts met een redelijk stabiele praktijkpopulatie, zodat hij ook een indruk kan krijgen van de lange-termijneffecten van zijn inspanningen.

Wat dit tweede punt betreft lijkt de vorming van een academisch netwerk een logische stap: zo vergroot je immers de mogelijkheid om het kaf van het koren te scheiden. Wie weet gaat dit nu lukken met cardiovasculair risicomangement: de huisarts krijgt niet meer iets opgedrongen wat extra werk oplevert, maar kan aan de slag gaan met antwoorden waar hij zelf achter kan staan.